



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

Factores de deserción en el uso del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias que asistieron al consultorio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho 2017

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Suzan Angela RIMARI ASTO

ASESORES

Milena LÓPEZ SÁNCHEZ

Diana ALEGRÍA DELGADO (Coasesor)

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Rimari S. Factores de deserción en el uso del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias que asistieron al consultorio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2018.



ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

BACHILLER: RIMARI ASTO SUZAN ANGELA

Cuyo título es: **FACTORES DE DESERCIÓN EN EL USO DEL IMPLANTE SUBDERMICO DE ETONOGESTREL EN USUARIAS QUE ASISTIERON AL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO 2017.** Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

Bueno

Deciseis

16

Susana A. Garcia Parra
LIC. OBST. SUSANA A. GARCIA PARRA
C.O.P. 2273
PRESIDENTE

Edita R. Cuya Candela
LIC. OBST. EDITA R. CUYA CANDELA
C.O.P. 1266
MIEMBRO

Giovanna Gladys Pante Salas
MG. OBST. GIOVANNA GLADYS PANTE SALAS
C.O.P. 4426
MIEMBRO

Milena Lopez Sanchez
DRA. MILENA LOPEZ SANCHEZ
C.O.P. 1052
ASESOR (A)

Lima, 11 de diciembre del 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
[Signature]

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que me apoyaron en la realización de este trabajo: a mi asesora; Dra. Milena López Sánchez, a mi co-asesora; Mg. Diana Alegría Delgado.

Un agradecimiento especial a mis padres por su apoyo y respaldo a lo largo de los años y sobre todo en mi carrera universitaria.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a todas las mujeres en edad reproductiva que buscan planificar sus vidas de manera responsable.

ÍNDICE	
RESUMEN	V
ABSTRACT	VII
1. INTRODUCCION	1
2. METODOS	15
2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	15
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	15
2.3 MUESTRA	15
2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	15
2.5 TAMAÑO DE MUESTRA	15
2.6 CRITERIO DE INCLUSIÓN	15
2.7 CRITERIO DE EXCLUSIÓN	16
2.8 VARIABLE	16
2.9 PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS	16
2.10 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	17
3. RESULTADOS	18
6. DISCUSIÓN	32
7. CONCLUSIONES	36
8. RECOMENDACIONES	38
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
10. ANEXOS	42

RESUMEN

FACTORES DE DESERCIÓN EN EL USO DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO DE ETONOGESTREL EN USUARIAS QUE ASISTIERON AL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 2017

Objetivo: Reconocer los factores de deserción en el uso del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias que asistieron al consultorio de Planificación Familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, durante los meses febrero- agosto del 2017.

Metodología: Es un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 52 usuarias del servicio de Planificación Familiar del Hospital San Juan de Lurigancho que optaron por el uso del implante subdérmico de etonogestrel y que decidieron retirárselo sin haber cumplido los tres años de uso entre los meses de febrero y agosto del 2017.

Para el análisis de los datos se usó el programa estadístico SPSS V.22 en español, para el análisis descriptivo o univariado de las variables cuantitativas se empleó medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar) y para análisis de variables cualitativas se hizo uso de frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Los factores de deserción que se presentaron fueron cefalea (1.92%) desde el inicio hasta cumplir los 6 meses. Sobrepeso (1.92%), cambios en el patrón del sangrado (5.76%) y cefalea (13.46%) desde los 6 meses hasta cumplir los 12 meses. Acné (1.92%), deseo de embarazo (1.92%), sobrepeso (5.76%), cefalea (11.53%) y cambios en el patrón del sangrado (23.07%) desde los 12 meses hasta cumplir los 18 meses. Acné (1.92%), cefalea (3.84%), deseo de embarazo (5.76%) y cambios en el patrón de sangrado (13.46%) desde los 18 meses hasta cumplir los 24 meses. Cefalea (5.76%) desde los 24 meses hasta cumplir los 30 meses.

Conclusiones: Los factores de deserción en el uso del implante subdérmico de etonogestrel en orden ascendente fueron: acné, sobrepeso, deseo de embarazo, cefalea y cambios en el patrón del sangrado.

Palabras claves: implante subdérmico de etonogestrel, factores de deserción, usuarias.

ABSTRACT

THE FACTORS OF DESERTION IN THE USE OF THE SUBDERMAL IMPLANT OF ETONOGESTREL IN USERS WHO ATTENDED THE FAMILY PLANNING CONSULTING ROOM 2017

Objective: Recognize the factors of desertion in the use of the subdermal implant of etonogestrel in users who attended the Family Planning consulting room of the Hospital San Juan de Lurigancho, during the months of February-August 2017.

Methodology: It is a descriptive, retrospective cross-sectional study. The sample consisted of 52 users of the Family Planning service of the Hospital San Juan de Lurigancho who opted for the use of the subdermal implant of etonogestrel and decided to remove it without having completed three years of use between the months of February and August 2017.

For the analysis of the data, the statistical program SPSS V.22 was used in Spanish, for the descriptive or univariate analysis of the quantitative variables we used measures of central tendency (mean) and dispersion measures (standard deviation) and for qualitative variables analysis, absolute and relative frequencies were used.

Results: The desertion factors that were presented were headache (1.92%) from the beginning to the 6 months. Overweight (1.92%), changes in bleeding pattern (5.76%) and headache (13.46%) from 6 months until reaching 12 months. Acne (1.92%), desire for pregnancy (1.92%), overweight (5.76%), headache (11.53%) and changes in the pattern of bleeding (23.07%) from 12 months until reaching 18 months. Acne (1.92%), headache (3.84%), desire for pregnancy (5.76%) and changes in the pattern of bleeding (13.46%) from 18 months until reaching 24 months. Headache (5.76%) from 24 months until reaching 30 months.

Conclusions: The factors of desertion in the use of the subdermal implant of etonogestrel in ascending order were: acne, overweight, desire for pregnancy, headache and changes in the pattern of bleeding.

Key words: Subdermal implant of etonogestrel, desertion factors, users.

1. INTRODUCCION

Nuestro país al encontrarse entre los países en vías de desarrollo presenta los siguientes datos estadísticos según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017: embarazo adolescente (13,4%), mortalidad materna (93 x 100000 nacidos vivos) y embarazo no deseado (4,2%). Por ello el estado peruano ha desarrollado estrategias enfocadas en la Planificación Familiar, con el fin de poder lograr una mejora en la salud y bienestar de la población peruana y así también lograr el cumplimiento de los Objetivos del Milenio.¹

La tasa de embarazos no deseados en todo el mundo es significativamente alta. Además de ello, incluso en los países desarrollados, más del 50% de embarazos se dieron en mujeres que no planeaban tener hijos y que por lo tanto utilizaban algún método anticonceptivo. La falla del método anticonceptivo podría atribuirse a un uso incorrecto o discontinuo por parte de las usuarias.

Ante ello, el uso de los implantes hormonales a largo plazo se presenta como una alternativa adecuada, ya que su efectividad no depende de la correcta administración ni del uso continuo del mismo por parte de la usuaria; si no, del personal profesional que coloca y retira el implante en los periodos indicados. Por tal razón no presentan diferencia en las tasas de efectividad entre el uso perfecto y el uso típico.²

En nuestro país, los servicios de Planificación Familiar ofrecidos por el Ministerio de Salud (MINSA) son gratuitos; por lo tanto, es el estado quien cubre los costos de los métodos anticonceptivos con el fin de que estos estén al alcance de toda la población y los ciudadanos tengan el poder de decidir cuándo y cuántos hijos tener.³

En el mercado, existe una diferencia marcada de precios entre el implante subdérmico de etonogestrel y el resto de los métodos hormonales (el implante tiene costos más elevados); sin contar con los gastos adicionales que genera el uso de este implante (capacitación de personal, medios de eliminación para los residuos), pese a todo ello, el uso de implante subdérmico se considera económico y beneficioso por su largo tiempo de uso y porque su efectividad no depende de la usuaria. De no ser máximo el uso que se le da al implante,

estaríamos frente a pérdidas económicas y al fracaso de las estrategias de salud en Planificación Familiar lo cual desencadenaría en un aumento en las tasas de morbi-mortalidad materna y embarazos no deseados.⁴

Tomando en cuenta todo lo anteriormente expuesto, formulamos la siguiente pregunta como problema de investigación:

¿Cuáles son los factores de deserción en el uso del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias que asistieron al consultorio de Planificación Familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, durante los meses febrero-agosto del 2017?

Sobre el tema, ya se han venido realizado varias investigaciones:

-Internacionales

- **Gómez A, Rivera A, Funes E, Cárcamo F.** con su estudio *“Motivos de retiro del implante subdérmico en el hospital Escuela de Honduras, 2014 a 2015”* 2017: La muestra de este estudio, consistió en 101 pacientes que habían acudido a la Clínica de Planificación Familiar del hospital Escuela Universitaria en el periodo 2014 – 2015, solicitando el retiro del implante subdérmico. Para la recolección de datos, utilizaron un instrumento que contaba con preguntas abiertas y cerradas. Entre los resultados encontraron: el 36.63% (37) de pacientes se retiraron el implante por presentar sangrado vaginal, un 35.64% (36) de pacientes presentó cefalea y el 7.9% (8) decidió retirarse el implante por presentar deseo de embarazo, no deseo de planificar, cambio de método anticonceptivo, entre otros. En este estudio indican también, como casos especiales, a las pacientes que se retiraron el implante por presentar alguna morbilidad (diabetes mellitus no controlada, lupus eritematoso sistémico, migraña, ovario poliquístico y síndrome depresivo), fueron 6 pacientes las que presentaron este caso. El tiempo promedio del uso del implante, antes del retiro fue de 3 a 6 meses con un 32.67% (33) de pacientes. Las conclusiones de este estudio fueron: El sangrado vaginal fue la principal causa de retiro del implante, seguido por las cefaleas. Las morbilidades

tienen baja incidencia, sin embargo, son el quinto motivo de retiro del implante subdérmico de etonogestrel.⁵

- **Leal I, Molina T, Montero A, González C, Macintyre A.** con su estudio *“Patrón de sangrado uterino en adolescentes usuarias de implante anticonceptivo subdérmico de etonogestrel. Santiago de Chile” 2016*: Este estudio tuvo como población a pacientes adolescentes que vivían en la región metropolitana de Santiago de Chile y que asistieron a un centro especializado en Salud Sexual y Reproductiva en la misma ciudad; entre setiembre del 2007 y julio del 2012. Todas sus participantes tuvieron que cumplir con el requisito de haberse insertado el implante en el mismo centro de salud, por lo que excluyeron a todas aquellas adolescentes cuyo implante fue insertado en otro centro de salud. En este estudio se enfocaron en los trastornos de sangrado debido a la característica de la población (adolescentes). La muestra fue de 62 pacientes, la edad mediana para la inserción fue de 16,2 años (rango: 13-20 años). Durante el período de estudio, en promedio, presentaron los siguientes patrones de sangrado: 34,7% amenorrea, 29,3% sangrado aceptable, 19,8% sangrado infrecuente y el 16,3% sangrado prolongado. De los 19 casos de adolescentes con sangrado frecuente que se presentaron a lo largo de todos los años que duró el estudio, 15 pacientes requirieron de tratamientos con píldoras combinadas de levonorgestrel o desogestrel y/o anti-inflamatorios no esteroideos. No hubo nuevos casos de sangrado prolongado después de los 27 meses de seguimiento. En total, extrajeron 5 implantes de forma prematura (8%), 2 de los casos fueron debido a que las pacientes presentaron deseo de embarazo, otras 2 por presentar aumento de peso y acné y uno por sangrado prolongado que no respondió al tratamiento.⁶
- **Calixto MD, Ospina DJ, Manrique AF.** con su estudio titulado *“Retiro temprano del implante subdérmico con etonogestrel en usuarias de un programa de anticoncepción de Tunja - Boyacá, Colombia” 2015*. Este estudio se enfocó en evaluar los factores asociados al retiro del implante subdérmico Implanon, en mujeres usuarias del programa de Planificación Familiar de una Empresa Promotora de Salud, localizada en la ciudad de Tunja, Boyacá, Colombia. Contaron con una muestra de 184 mujeres.

Excluyeron a las pacientes que argumentaron su retiro con el deseo de un nuevo embarazo. Entre los resultados, encontraron que el efecto secundario que más retiros de implante había ocasionado en los 3 años, era la alteración menstrual (74,5%) seguida por la cefalea (71,7%), cambios de ánimo (57,6%) y dolor pélvico (57,1%). El dolor pélvico y el cambio de ánimo se presentaba desde el primer trimestre en gran cantidad, pero el número de casos prevalecientes iba decreciendo con el paso de los meses; mientras que los casos de cefalea y alteraciones menstruales iban en aumento hasta cumplir el primer año, luego de ello el número de casos prevalecientes disminuyeron. En las conclusiones del estudio, indicaron que los casos de deserción en el uso del implante subdérmico, Implanon, pueden disminuir con una adecuada y oportuna intervención educativa en las pacientes.⁷

- **Alvarez M, Rosales S, Hidrobo J, Meneses S.** con su estudio titulado *“Efectos secundarios del implante etonogestrel en mujeres en edad fértil atendidas en el subcentro de San Antonio – 2014”*: Este estudio fue realizado en el 2014 por la Universidad Tecnológica de Ambato en Ecuador, en una población de 112 usuarias. La muestra estaba conformada por 60 usuarias y además aplicaron una encuesta a 6 de los profesionales que laboraban en esa unidad con el fin de conocer la forma en la que se iba realizando la consejería con respecto a ese método. El 50% de su población tenía menos de 20 años, presentando con mayor frecuencia a pacientes de 16 (11,6%) y 19 (11,6%) años. Los hallazgos de este estudio fueron: el 3,3% tenía reacciones en el sitio del implante (2), un 6,6% presentó náuseas (4), mientras que un 5% vio disminuido su deseo sexual (3), un 8,3% presentó mayor irritabilidad (5), el 13,3% tuvo un incremento de peso (8), el 16,6% presentaron cefaleas (10) y un 46,6% presentaron ciclos menstruales prolongados (28). Aunque en este estudio no contemplaron el análisis de la principal causa de abandono, relacionaron las variables con la intención de abandono del método por parte de las usuarias y de esta forma determinaron que las pacientes que tenían un aumento significativo de peso también tenían mayor riesgo de abandono del método.⁸

- **Mejía M**, con su estudio *“Complicaciones al uso de implante subdérmico con etonogestrel en usuarias adscritas al programa de planificación familiar en el C.S.R.D San Pedro Tenayac en los años 2011-2013”* 2014: Este estudio fue realizado en Toluca (México) y tuvo como muestra inicial a 178 usuarias del implante subdérmico de etonogestrel, sin embargo, la investigadora no pudo localizar a 13 de las usuarias y debido a sus criterios de exclusión también tuvo que retirar a 7 usuarias por haberse retirado el implante antes de cumplir los 6 meses de uso y a otras 2 usuarias por presentar deseo de embarazo, por lo que su muestra final fue de 156 usuarias. En sus resultados encontró: El 80% de usuarias registró un aumento en el Índice de masa corporal (IMC). En las alteraciones del patrón del sangrado menstrual encontró que la alteración más frecuente fue la amenorrea (69.6%) seguido por la polimenorrea (56.5%), opsomenorrea (37.0%), hipomenorrea (32.6%), oligomenorrea (28.3%), sangrado intermenstrual (21.7%) y proiomenorrea (13.0%). Luego se presentaron las cefaleas (56.5%), mastalgia (47.8%) y alteraciones de la libido (43.5%). Este estudio concluyó que entre las complicaciones por el uso del implante de etonogestrel; el sobrepeso, la obesidad y la alteración en el patrón del sangrado menstrual; son mayores a lo que realmente registra la literatura.⁹

-Nacionales

- **Vega L**, con su estudio *“Efectos colaterales del implante subdérmico de etonogestrel de 68 mg. (implanon®/nexplanon®) de las usuarias atendidas en el hospital nacional Hipólito Unanue. 2016”* 2017: Este estudio tomó como muestra a 54 usuarias de los servicios de Planificación Familiar del Hospital Hipólito Unanue quienes se colocaron el implante en el mismo hospital y con un tiempo de uso no mayor a 6 meses hasta el momento del estudio. Los resultados que encontró la autora fueron: dolor de mamas 22.2% (12), cefalea en 11.1% (6), acné en 5.6% (3), 59.2% (32) de usuarias refirieron disminución del sangrado vaginal, el 22.2% (12) presentó aumento de peso, el 29.6% (16) refieren alteración emocional negativa, el deseo sexual disminuyó en 22.2% (12) y el 85.2% (46) sienten mayor seguridad en las relaciones sexuales. Este estudio concluyó que:

Aproximadamente la cuarta parte de las usuarias presentaron dolor de mamas, alteración emocional negativa, aumento de peso y disminución del deseo sexual; más de la mitad de las usuarias refieren disminución en el sangrado vaginal y la mayoría dijo sentir mayor seguridad en su relación sexual y no presentar falta de deseo sexual ni cambios emocionales.¹⁰

- **Ramos M,** *“Efectos del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias del consultorio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2014 enero 2015”* 2015: En este estudio, la muestra fue de 78 usuarias que se colocaron el implante subdérmico de etonogestrel en febrero del 2014 en el Instituto Nacional Materno Perinatal y a quienes les hicieron un seguimiento hasta enero del 2015. Sus resultados fueron: Cefalea, que al iniciar el estudio afectaba a un 3.8% de usuarias, al mes tuvo un incremento a 24.4% y al finalizar el año disminuyó a 6.6%; en cuanto a las alteraciones emocionales, indicaron que al mes, las usuarias afectadas aumentaron a 24.4% y al finalizar el año disminuyó a 5.3%; al iniciar este estudio se presentaron 6.4% usuarias afectadas por el acné y al terminar, esta cantidad disminuyó a 1.3%; al inicio del método, las usuarias con sobrepeso fueron un total de 65.4% y al final del año disminuyeron a un 46.1%. Las usuarias con peso normal al inicio del estudio fueron 32.1% y al finalizar el año fueron 51.3%; la mastalgia en los primeros meses llegó a afectar al 2.6% de usuarias y al año disminuyó a 1.3% de usuarias afectadas. El patrón de sangrado que se presentó con más frecuencia fue la amenorrea en un 71.1% de usuarias, seguido del sangrado infrecuente en el 15.8% de usuarias, sangrado prolongado en 3.9% de usuarias. Al inicio, un 20.5% de usuarias presentaron dismenorrea y luego disminuyó a 1.3% al terminar el año. Este estudio concluyó en que los efectos adversos que se presentaron con mayor frecuencia fueron amenorrea, cefalea, aumento de peso, cambio emocional y sangrado infrecuente.¹¹

BASE TEÓRICA:

Desde siglos atrás, la humanidad ha buscado formas de controlar su fertilidad para así poder separar la satisfacción ocasionada por el acto sexual y la reproducción.

En las civilizaciones antiguas, modelos del mundo occidental actual, los filósofos ya visualizaban las consecuencias que acarreaban el no tener un control sobre el aumento de la población y es así como se empezaron a emplear distintos métodos a base de frutos, raíces y sustancias variadas para evitar el embarazo no deseado.¹²

La planificación familiar siempre ha tenido un gran impacto en el medio social y sanitario ya que uno de sus fines es reducir la tasa de morbilidad materna en todo el mundo, sobre todo en los países en vías de desarrollo, además de también reducir la mortalidad infantil, el crecimiento poblacional, el embarazo adolescente y otorgar poder de decisión a las usuarias al mismo tiempo que les brinda la oportunidad de mejorar su educación.¹³

Es así como en la década de los sesenta los anticonceptivos hormonales fueron introducidos al mercado en presentaciones orales y más adelante en otras variedades hasta llegar a nuestros días en los que se cuenta con una gama variada de presentaciones tales como ampollas, píldoras, parches, entre otros.¹⁴

En 1966 se presentó por primera vez la idea de utilizar implantes subdérmicos como métodos anticonceptivos hormonales a base de progestágenos. Y es en 1977 que se elige el levonogestrel como el progestágeno ideal para la formulación de los primeros implantes subdérmicos. Ya luego, en 1983 en Finlandia (país de fabricación) el levonorgestrel ingresaría al mercado bajo el nombre de Norplant, el cual venía en una presentación de 6 varillas de silicona y fue estudiado en diversos países para su libre comercialización.

En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de la Planificación Familiar (IPPF) revisaron el producto y su uso fue aceptado en varios países de Europa y América. Posteriormente apareció Jadelle que también es un implante de levonogestrel pero con dos varillas de silicona.¹⁵

En 1998 apareció en el mercado un implante que contaba con una sola varilla y cuyo componente era el etonogestrel bajo el nombre de Implanon. Pero no fue hasta el 2006 que recién fue aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (USFDA) y en el 2015 fue incluido en la 19° lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS. En el 2010 apareció otra versión de Implanon, Implanon NXT/Nexplanon que contiene un componente radiopaco adicional que lo hace visible a las emisiones por rayos X.¹⁶

En el 2012 se hizo un informe técnico, solicitando la inclusión del implante de etonogestrel en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos (PNUME), pero el análisis de la literatura científica no resultó favorable: no se encontraron estudios clínicos que compararan la efectividad y los efectos secundarios del implante con respecto a otros métodos, su costo era elevado en comparación a otros métodos anticonceptivos y se había visto que los trastornos de sangrado habían sido las principales causas de deserción del método en otros países. Por lo tanto, la solicitud fue rechazada. No obstante, el 2013, el Implanon pasó a formar parte de los métodos anticonceptivos repartidos de manera gratuita en el Perú, pero aún no se encontraba en el PNUME.¹⁷

El 2015, tras varias observaciones y seguimiento a las tasas de retiro de implante, se aprobaron las Listas Complementarias que fueron anexadas al documento técnico del PNUME el 27 de diciembre del 2016, donde recién se incluía al etonogestrel como método anticonceptivo en su presentación de implante subdérmico. Pero se recomendó mantener bajo vigilancia los posibles eventos adversos que puedan presentarse, sobre todo los relacionados con alteraciones en el ciclo menstrual, con tendencia hacia la amenorrea y el sangrado infrecuente; así como evidenciar las tasas de retiro del implante antes del tiempo indicado, con el fin de tener evidencia ajustada a la realidad de nuestro país.¹⁸

La anticoncepción hormonal por medio de implantes subdérmicos es uno de los métodos más seguros y disponibles en la actualidad. Cuentan con una eficacia de 99.9% durante el primer año de uso.

A lo largo de los años, este método ha sido estudiado y aceptado en diversos países, por lo que se considera como el más seguro y eficaz, se utiliza en más de 60 países y por más de 11 millones de mujeres.¹⁹

El implante de etonogestrel de 68mg es un anticonceptivo femenino que se presenta bajo la forma farmacéutica de una pequeña varilla de plástico semi-rígida que se inserta bajo la piel, en la cara interna del brazo; mide 40 mm por 2 mm y se coloca con ayuda de un aplicador estéril desechable. El etonogestrel es el metabolito biológicamente activo del desogestrel, un progestágeno ampliamente utilizado en anticonceptivos orales. Estructuralmente, deriva de la 19-nortestosterona y se une con una elevada afinidad a los receptores de la progesterona de los órganos diana. Una vez implantada, la varilla libera continuamente una pequeña cantidad de etonogestrel a la sangre, lo que modifica el equilibrio hormonal del organismo. El implante de etonogestrel ofrece protección durante tres años; concluido dicho periodo, debe ser retirado.¹⁹

El etonogestrel se libera lentamente durante al menos tres años, inicialmente de 60 a 70 mcg/día, luego de 35 a 45 mcg/día al finalizar el primer año, de 30 a 40 mcg/día al finalizar el segundo año y al final del tercer año tan solo llega a 25 a 30 mcg/día.¹⁹

Absorción: Una vez insertado el implante, el etonogestrel pasa rápidamente a la circulación. Se alcanzan concentraciones de inhibición de ovulación en el plazo de 1 día. Las concentraciones séricas máximas (entre 472 y 1270 pg/ml) se alcanzan dentro de los primeros 13 días. La velocidad de liberación del implante disminuye con el tiempo. Por lo cual, las concentraciones séricas disminuyen rápidamente en los primeros meses. Al final del primer año su concentración media es de aproximadamente 200 pg/ml (intervalo 150-261 pg/ml) y disminuye lentamente a 156 pg/ml (intervalo 111- 202 pg/ml) hacia el final del tercer año. Las variaciones en las concentraciones séricas pueden atribuirse a diferencias en el peso corporal de las usuarias.¹⁹

Distribución: Etonogestrel se une en un 95,5-99% a las proteínas séricas, predominantemente a la albúmina y en un menor grado a la globulina transportadora de hormonas sexuales. Los volúmenes de distribución central y

total son de 27 l y 220 l, respectivamente, y prácticamente no varían durante el uso de etonogestrel.¹⁹

Metabolismo: el etonogestrel sufre hidroxilación y reducción. Los metabolitos se conjugan a sulfatos y glucurónidos.¹⁹

Excreción: la semivida de eliminación media es de aproximadamente 25 horas y el aclaramiento sérico es aproximadamente de 7,5 l/hora. Tanto el aclaramiento como la semivida de eliminación permanecen constantes durante el tiempo de uso del implante. La excreción de etonogestrel y sus metabolitos, tanto como esteroides libres o como conjugados, tiene lugar por la orina y las heces en una relación de 3:2. Tras la inserción en mujeres lactantes, el etonogestrel se excreta en la leche materna con una relación leche/suero de 0,44-0,50 durante los primeros cuatro meses.¹⁹

El efecto anticonceptivo del implante de etonogestrel se logra debido a que reduce los niveles de las gonadotropinas y evita sus picos a mitad del ciclo lo que ocasiona una inhibición de la ovulación ante la carencia del pico de hormona luteinizante; pero no afecta a los niveles endógenos de estradiol, los cuales permanecen al nivel propio de la fase folicular. Además, predomina la profunda modificación que ejerce sobre el endometrio, al que atrofia debido a que en la fase proliferativa este crece menos al acortarse esta fase por la menor concentración de estrógenos y el efecto prematuro de los progestágenos. Por otra parte, los progestágenos determinan una transformación prematura e incompleta del endometrio, produciendo una rápida transformación secretora del mismo y originando cambios regresivos a partir del 14º día, cambios tales como el adelgazando del endometrio que en conclusión impiden la anidación del óvulo si es que fuese fecundado; así como también afecta a la secreción del moco cervical, volviéndolo más espeso.¹⁹

En usuarias de anticonceptivos orales combinados, que desean cambiar al implante subdérmico de etonogestrel, el implante debe insertarse preferiblemente el día después de la administración del último comprimido activo (el último comprimido con principios activos).²⁰

En usuarias de inyectables de solo progesterona que desean cambiar al implante subdérmico de etonogestrel, el implante se debe insertar el día en que se deba administrar la siguiente inyección.²⁰

En usuarias de píldora con progestágeno solo, que desean cambiar al implante subdérmico de etonogestrel, el implante puede ser insertado en cualquier día del mes. El implante debe insertarse dentro de las siguientes 24 horas tras la toma del último comprimido.²⁰

En el caso de pacientes post-aborto; si el aborto se dio durante el primer trimestre del embarazo, el implante puede ser insertado en el plazo de los cinco días siguientes al aborto. Si el aborto se dio en el segundo trimestre del embarazo, el implante puede ser insertado entre los días 21 y 28 después de que se haya producido el aborto.²⁰

En el caso de puérperas; si no hay periodo de lactancia el implante debe ser insertado entre los días 21 y 28 después del parto. Si hay periodo de lactancia, el implante debe ser insertado tras la cuarta semana del posparto.²⁰

Si la usuaria no ha estado utilizando algún método anticonceptivo hormonal en el último mes, el implante debe insertarse entre el primer día de la menstruación y el día 5 del ciclo menstrual incluso si la mujer todavía sangra. Si la inserción se realiza conforme a las instrucciones indicadas, no es necesario el uso de un método anticonceptivo complementario. En caso de producirse cualquier cambio en cuanto al momento adecuado para la inserción del implante, se debe recomendar a la usuaria que utilice un método anticonceptivo de barrera durante 7 días después de la inserción del implante. En el caso de que ya se hubieran mantenido relaciones sexuales, debe descartarse un embarazo.²⁰

Interacciones: Las interacciones entre los anticonceptivos hormonales como el implante subdérmico de etonogestrel y otros medicamentos pueden producir desde molestias leves tales como un sangrado intermenstrual hasta un fallo en la eficacia anticonceptiva.²¹

Pueden producirse interacciones con fármacos inductores de las enzimas hepáticas, principalmente con las enzimas del citocromo P450 lo que puede aumentar el aclaramiento de las hormonas sexuales, antirretrovirales y

posiblemente también con oxcarbazepina, topiramato, felbamato, griseofulvina y un medicamento a base de plantas, el hipérico o Hierba de San Juan. Los medicamentos o productos a base de hierbas que inducen ciertas enzimas CYP3A4, pueden disminuir la eficacia de los anticonceptivos hormonales de progestina o aumentar el sangrado.²¹

Uso en poblaciones específicas: en mujeres con sobrepeso el implante de etonogestrel puede llegar a ser menos efectivo, especialmente en presencia de otros factores que disminuyan las concentraciones de etonogestrel, tales como el uso concomitante de inductores de la enzima hepática.²¹

Las usuarias del implante subdérmico de etonogestrel que se encuentren en tratamiento con cualquiera de los medicamentos mencionados anteriormente deben utilizar un método anticonceptivo no hormonal además del implante. En el caso de los fármacos inductores de las enzimas hepáticas, debe utilizarse el método anticonceptivo no hormonal durante todo el tratamiento con el fármaco concomitante y hasta 28 días después de su suspensión.²¹

En usuarias que se encuentren en tratamiento a largo plazo con fármacos inductores de las enzimas hepáticas, se recomienda extraer el implante y recomendarles un método anticonceptivo que no interaccione con otros medicamentos.²¹

La influencia del implante subdérmico de etonogestrel sobre otros medicamentos puede ocasionar interferencia en el metabolismo de estos, por lo que las concentraciones plasmáticas y tisulares del fármaco concomitante pueden aumentar como en el caso de la ciclosporina o disminuir como en el caso de la lamotrigina.²¹

Contraindicaciones:

- Embarazo conocido o sospechado.
- Antecedentes o historia actual de trombosis o desordenes tromboembólicos.
- Tumores hepáticos, benignos o malignos o enfermedad hepática activa.
- Sangrado genital anormal no diagnosticado.

- Cáncer de mama conocido o sospechoso, antecedentes personales de cáncer de mama u otro cáncer sensible a progestina ahora o en el pasado.
- Reacción alérgica a algunos de los componentes.²²

Las estrategias sanitarias de planificación familiar, junto al desarrollo de los métodos anticonceptivos han conseguido que la tasa total de fecundidad a nivel mundial haya disminuido en las últimas décadas, tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. Sin embargo, sigue habiendo una gran necesidad insatisfecha de servicios y métodos anticonceptivos en todo el mundo.²²

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Factor de deserción:** Suceso determinante que ocasionó el abandono del uso del implante subdérmico de etonogestrel.

- **Usaria:** Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), se refiere a una persona que tiene derecho de usar una cosa ajena con cierta limitación (RAE). En este caso serían las pacientes que hacen uso del consultorio de Planificación Familiar y se colocaron el implante subdérmico de etonogestrel.

- **Implante subdérmico de etonogestrel:** Según el MINSA, es un anticonceptivo femenino. Se presenta bajo la forma farmacéutica de una pequeña varilla que se inserta bajo la piel, en la cara interna del brazo.

- **Efectos adversos:** Cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.

- **Factores personales:** Sucesos propios y/o particulares que se presentan en cada usuaria.

- **Motivo de extracción:** efecto adverso o factor personal que ocasionó el retiro del implante subdérmico

- **Dismenorrea:** Según la OMS, es el dolor asociado a la menstruación, localizado preferentemente en la región supra púbica.

- **Amenorrea:** Según la OMS es la ausencia de menstruación por más de 90 días.

- **Mastalgia:** Según la OMS, es el dolor que se presenta en las glándulas mamarias.

- **Cefalea:** Según la OMS, es el dolor y molestia que se localiza en cualquier parte de la cabeza.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Reconocer los factores de deserción en el uso del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias que asistieron al consultorio de Planificación Familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, durante los meses febrero- agosto del 2017.

Objetivos específicos:

- Identificar los efectos adversos que se presentaron durante el uso del implante subdérmico de etonogestrel que se convirtieron en factores de deserción de este, en usuarias que asistieron al consultorio de Planificación Familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, durante los meses febrero-agosto del 2017.

- Conocer los factores personales que originaron la deserción en el uso del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias que asistieron al consultorio de Planificación Familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, durante los meses febrero-agosto del 2017.

Hipótesis

El factor que predomina y ocasiona más deserciones en el uso del implante subdérmico de etonogestrel en las usuarias del consultorio de Planificación Familiar del Hospital San Juan de Lurigancho es el cambio en el patrón del sangrado.

2. METODOS

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, retrospectivo y transversal

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Usuaris del servicio de Planificación Familiar del Hospital San Juan de Lurigancho que optaron por el uso del implante subdérmico de etonogestrel y que decidieron retirárselo sin haber cumplido los tres años de uso.

2.3 MUESTRA

Usuaris del servicio de Planificación Familiar del hospital San Juan de Lurigancho que optaron por el uso del implante subdérmico de etonogestrel y que decidieron retirárselo sin haber cumplido los tres años de uso entre los meses de febrero y agosto del 2017.

2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Registro de consulta de la usuaria del implante subdérmico de etonogestrel de febrero a agosto del 2017.

2.5 TAMAÑO DE MUESTRA

Se tomó en consideración el registro de consulta de todas las usuarias del implante subdérmico de etonogestrel que se lo hayan retirado entre febrero y agosto del 2017 sin haber cumplido los tres años de uso (#52)

2.6 CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Registro de atención de usuarias en edad fértil que acudieron al consultorio de Planificación Familiar del Hospital San Juan de Lurigancho para colocarse el implante subdérmico de etonogestrel y se lo retiraron en el mismo, entre febrero y agosto del 2017 sin haber cumplido los tres años de uso.
- Registro de atención de usuarias del implante subdérmico de etonogestrel que se controlaban desde el primer mes en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital San Juan de Lurigancho y que se lo retiraron en el mismo entre febrero y agosto del 2017 sin haber cumplido los tres años de uso.

- Registro de atención de usuarias del implante subdérmico de etonogestrel que se lo retiraron ante el deseo de embarazarse.

2.7 CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Registro de atención de usuarias que se retiraron el implante por estar sometidas a tratamientos prolongados con fármacos que alteraban la eficacia del anticonceptivo o viceversa en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital San Juan de Lurigancho.
- Registro de atención de usuaria incompleto o ilegible

2.8 VARIABLE

Variable Principal

- Factor de deserción

Variables secundarias

-Factores socioeconómicos

- Edad
- Grado de instrucción
- Estado civil

-Historia anticonceptiva

- Métodos anticonceptivos anteriores

-Grado nutricional

- Índice de masa corporal (IMC)

2.9 PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Plan de recolección de datos:

- El proyecto fue presentado a la asesora y a las autoridades de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para revisión y aprobación.

- Se presentó el proyecto al Departamento de Docencia del Hospital San Juan de Lurigancho y gracias a que brindaron su aprobación, se tuvo acceso a los registros de atención e historias clínicas de las usuarias del implante subdérmico, previa solicitud dirigida al director de la institución y a la jefa de Obstetras
- Luego se procedió a la selección de las historias clínicas de las usuarias que se habían extraído el implante subdérmico entre febrero y agosto del 2017 y posteriormente se procedió al registro de la información en la ficha de recolección de datos. Toda la información fue recolectada por la propia investigadora, luego esta información fue procesada y analizada, previo control de calidad de los datos.
- Se realizó un análisis descriptivo de los datos y se presentó medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (intervalo de confianza o rango intercuartilar) según correspondía, previa verificación de la normalidad de cada variable cuantitativa; además, se presentaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Finalmente, se desarrollaron tablas y gráficos para poder exponer de manera más clara los resultados.

2.10 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se recolectó los datos en la ficha de recolección de otro estudio previo: Implantes Hormonales. Técnica Anticonceptiva apropiada en el Primer Nivel de Atención de Mazur Viviana, García Verónica y Lara Salceek en el año 2013 en Argentina, debido a la similitud en su población y a que el estudio fue llevado a cabo en un centro de atención perteneciente al estado.

3. RESULTADOS

Se presentan los resultados encontrados

Tabla 1. Características de las usuarias atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017

Características		N	%
Edad*		27 años (8 años)	
Índice de masa corporal*		24.4(3.95)	
Grado de instrucción	Secundaria completa	40	76.92
	Secundaria incompleta	10	19.23
	Superior técnico incompleto	2	3.85
Estado Civil	Casada	2	3.85
	Conviviente	43	82.69
	Soltera	7	13.46
Total		52	100.00

* mediana y rango intercuartilar

Fuente: autogenerada.

Tabla 1: Acá podemos observar algunas de las características de las usuarias del implante subdérmico de etonogestrel que participaron en este estudio.

Ingresaron al estudio 52 pacientes. La mediana de la edad fue 27 años (RIC= ± 8 años). El IMC obtenido es 24.4, lo cual nos indica que las usuarias cuentan con un peso adecuado para su talla según el RIC. El 76.92% tiene la secundaria completa como grado de instrucción y el 82.69% son convivientes.

Tabla 2. Antecedentes sobre métodos anticonceptivos en usuarias atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017

		N	%
Método anticonceptivo utilizado con anterioridad	Inyección mensual	2	3.85
	Inyección trimestral	43	82.69
	Preservativo masculino	3	5.77
	Ninguno	4	7.69
Total		52	100.00

Fuente: autogenerada.

Tabla 2: En la tabla se observa que el método más usado previo al implante fue la inyección trimestral (82.69%), el menos usado fue la inyección mensual (3.85%) y que el 7.69% no hizo uso de ningún método anticonceptivo.

Tabla 3. Antecedentes-obstétricos		
Antecedentes-obstétricos	N	%
Antecedente de Aborto		
Uno	9	17.3
Dos	2	3.84
Tres a más	1	1.92
Ninguno	40	76.92
Antecedente de Parto		
Nulípara	3	5.76
Primípara	20	38.46
Múltipara	29	55.76
Total	52	100.0

Fuente: autogenerada.

Tabla 3: Según los antecedentes obstétricos, el 17.3% de las usuarias ha tenido un aborto, el 3.84% ha tenido dos abortos y el 1.92% ha tenido más de dos abortos.

En cuanto a los antecedentes de paridad: el 55.76% eran múltiparas, el 38.46% eran primíparas y el 5.76% eran nulíparas.

Tabla 4. Signos o síntomas de las usuarias antes de iniciar el implante subdérmico de etonogestrel		
Sintomatología	N	%
Mastalgia	0	--
Acné	0	--
Aumento de peso	21	40.38
Cefaleas	2	3.84
Alteraciones emocionales	0	--
Dismenorrea	10	19.23
Total	33	63.46%

Fuente: autogenerada.

Tabla 4: Aquí podemos observar que el principal signo presentado por las usuarias era el aumento de peso (40.38%), seguido por la dismenorrea (19.23%) y las cefaleas (3.84%). En cuanto a los otros signos y síntomas, no se presentaron casos.

Tabla 5. Efectos adversos presentados por las usuarias a los 3 meses de haber usado implante subdérmico de etonogestrel en el consultorio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017

Efectos Adversos	Implante subdérmico de etonogestrel a los 3 meses					
	No se modificó		Aumentó		Disminuyó	
	N	%	N	%	N	%
Mastalgia	50	96.15	2	3.84	0	0
Acné	51	98.07	1	1.92	0	0
Aumento de peso	5	9.61	33	63.46	14	26.92
Cefaleas	45	86.53	6	11.53	1	1.92
Alteración emocional	52	100.0	0	0	0	0
Dismenorrea	45	86.53	0	0	7	13.46

Fuente: autogenerada.

Tabla 5: En esta tabla se puede ver que el efecto adverso que se presentó con mayor frecuencia fue el aumento de peso (63.46%), seguido por la cefalea (11.53%). En menor frecuencia tenemos a los casos de mastalgia (3.84%) y los casos de acné (1.92%). En contraparte hubo un 26.92% de usuarias que disminuyeron su peso, un 13.46% que dejó de presentar casos de dismenorrea y un 1.92% que dejó de presentar casos de cefalea.

Tabla 6. Efectos adversos presentados por las usuarias a los 6 meses de haber usado implante subdérmico de etonogestrel en el consultorio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017

Efectos Adversos	Implante subdérmico de etonogestrel a los 6 meses					
	No se modificó		Aumentó		Disminuyó	
	N	%	N	%	N	%
Mastalgia	48	92.3	2	3.84	1	1.92
Acné	51	98.07	0	0	0	0
Aumento de peso	4	7.69	33	63.46	14	26.92
Cefaleas	37	71.15	12	23.07	2	3.84
Alteración emocional	49	94.23	2	3.84	0	0
Dismenorrea	48	92.3	0	0	3	5.76

**Hay un total de 51 pacientes debido a que 1 usuaria ya se había retirado el implante de etonogestrel antes de cumplir los 6 meses de uso.*

Fuente: autogenerada.

Tabla 6: En esta tabla se puede ver que el efecto adverso que se presentó con mayor frecuencia, luego de seis meses de uso, fue el aumento de peso (63.46%), seguido por la cefalea (23.07%). En menor frecuencia tenemos a los casos de mastalgia y alteración emocional, cada uno con un 3.84%. En contraparte hubo un 26.92% de usuarias que disminuyeron su peso, un 5.76% que dejó de

presentar casos de dismenorrea, un 3.84% que dejó de presentar casos de cefalea y un 1.92% que dejó de presentar casos de mastalgia.

Tabla 7. Efectos adversos presentados por las usuarias a los 12 meses de haber usado implante subdérmico de etonogestrel en el consultorio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017

Efectos Adversos	Implante subdérmico de etonogestrel a los 12 meses					
	No se modificó		Aumentó		Disminuyó	
	N	%	N	%	N	%
Mastalgia	37	71.15	1	1.92	2	3.84
Acné	38	73.07	2	3.84	0	0
Aumento de peso	1	1.92	18	34.61	21	40.38
Cefaleas	26	50.0	14	26.92	0	0
Alteración emocional	36	69.23	4	7.69	0	0
Dismenorrea	40	76.92	0	0	0	0

**Hay un total de 40 pacientes debido a que 12 usuarias ya se habían retirado el implante de etonogestrel antes de cumplir los 12 meses de uso.*

Fuente: autogenerada.

Tabla 7: En esta tabla se puede ver que el efecto adverso que se presentó con mayor frecuencia, luego de seis meses de uso, fue el aumento de peso (34.61%), seguido por la cefalea (26.92%). En menor frecuencia tenemos a los casos de alteración emocional (7.69%) y los casos de mastalgia con 1.92%. Acá recién se presentan los primeros casos de aumento de acné (3.84%). En contraparte hubo un 40.38% de usuarias que disminuyeron su peso y un 3.84% que dejó de presentar casos de mastalgia.

Tabla 8. Efectos adversos presentados por las usuarias a los 18 meses de haber usado implante subdérmico de etonogestrel en el consultorio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017

Efectos Adversos	Implante subdérmico de etonogestrel a los 18 meses					
	No se modificó		Aumentó		Disminuyó	
	N	%	N	%	N	%
Mastalgia	15	28.84	0	0	2	3.84
Acné	15	28.84	1	1.92	1	1.92
Aumento de peso	3	5.76	10	19.23	4	7.69
Cefaleas	14	26.92	3	5.76	0	0
Alteración emocional	16	30.76	1	1.92	0	0
Dismenorrea	17	32.69	0	0	0	0

**Hay un total de 17 pacientes debido a que 35 usuarias ya se habían retirado el implante de etonogestrel sin haber cumplido los 18 meses de uso.*

Fuente: autogenerada.

Tabla 8: En esta tabla se puede ver que el efecto adverso que se presentó con mayor frecuencia fue el aumento de peso (19.23%), seguido por la cefalea (5.76%). En menor frecuencia tenemos a los casos de alteración emocional, acné, todos con la misma frecuencia (1.92%). En contraparte hubo un 7.69% de usuarias que disminuyeron su peso, un 3.84% que dejó de presentar casos de mastalgia y en cuanto a la disminución de casos de cefalea y acné se dio en un 1.92% para ambos casos.

Tabla 9. Efectos adversos presentados por las usuarias a los 24 meses de haber usado implante subdérmico de etonogestrel en el consultorio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017

Efectos Adversos	Implante subdérmico de etonogestrel a los 24 meses					
	No se modificó		Aumentó		Disminuyó	
	N	%	N	%	N	%
Mastalgia	6	11.53	0	0	0	0
Acné	6	11.53	0	0	0	0
Aumento de peso	1	1.92	4	7.69	1	1.92
Cefaleas	3	5.76	3	5.76	0	0
Alteración emocional	5	9.61	1	1.92	0	0
Dismenorrea	6	11.53	0	0	0	0

**Hay un total de 6 pacientes debido a que 46 usuarias ya se habían retirado el implante de etonogestrel antes de haber cumplido los 24 meses de uso.*

Fuente: autogenerada.

Tabla 9: En esta tabla se puede ver que el efecto adverso que se presentó con mayor frecuencia fue el aumento de peso (7.69%), seguido por la cefalea

(5.76%). En menor frecuencia tenemos los casos de alteración emocional (1.92%). En contraparte hubo un 1.92% de usuarias que disminuyeron su peso.

Tabla 10. Efectos adversos presentados por las usuarias a los 30 meses de haber usado implante subdérmico de etonogestrel en el consultorio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017

Efectos Adversos	Implante subdérmico de etonogestrel a los 30 meses					
	No se modificó		Aumentó		Disminuyó	
	N	%	N	%	N	%
Aumento de peso	0	0	0	0	1	1.92
Alteración emocional	0	0	1	1.92	0	0

**Solo 1 paciente llegó a utilizar el implante de etonogestrel hasta un total de 30 meses.*

Fuente: autogenerada.

Tabla 10: En esta tabla se puede ver que la única usuaria que quedó participando del estudio presentó disminución de peso, pero también presentó alteración emocional.

Tabla 11. Patrón de sangrado de usuarias con implante subdérmico de etonogestrel en el consultorio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017

Patrón de sangrado	Implante subdérmico de etonogestrel											
	A los 3m		A los 6m		A los 12m		A los 18m		A los 24m		A los 30m	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Amenorrea	41	78.84	44	84.61	22	42.3	11	21.15	3	5.76	0	0
Sangrado infrecuente	4	7.69	3	5.76	1	1.92	2	3.84	0	0	0	0
Sangrado Frecuente	5	9.61	1	1.92	5	9.61	2	3.84	3	5.76	1	1.92
Sangrado Prolongado	0	0	2	3.84	10	19.23	1	1.92	0	0	0	0
Ciclos normales	2	3.84	1	1.92	2	3.84	1	1.92	0	0	0	0
Total	52	100.0	51	98.07	40	76.92	17	32.69	6	11.53	1	1.92

Fuente: autogenerada.

Tabla 11: En este estudio se puede observar que el cambio de sangrado que se presentó con mayor frecuencia en las usuarias fue la amenorrea, la frecuencia de este patrón de sangrado se mantuvo por encima de los demás hasta los 24 meses de uso del implante.

En los 3 primeros meses de estudio se contaba con 52 usuarias participantes, los patrones de sangrado que siguieron, en frecuencia, a la amenorrea (78.84%) fueron: el sangrado frecuente (9.61%), el sangrado infrecuente (7.69%) y las usuarias con ciclos normales (3.84%).

Al cumplir los 6 meses de estudio, 1 usuaria ya se había retirado por lo que quedaban 51 participantes. Los patrones de sangrado que siguieron en frecuencia a la amenorrea (84.61%) fueron: el sangrado infrecuente (5.76%), el sangrado prolongado (3.84%), el sangrado frecuente (1.92%) y las usuarias con ciclos normales (1.92%).

Al cumplir los 12 meses de estudio, 12 usuarias ya se habían retirado por lo que quedaban 40 participantes. Los patrones de sangrado que siguieron en frecuencia a la amenorrea (42.3%) fueron: el sangrado prolongado (19.23%), el sangrado frecuente (9.61%), el sangrado infrecuente (1.92%) y las usuarias con ciclos normales (3.84%).

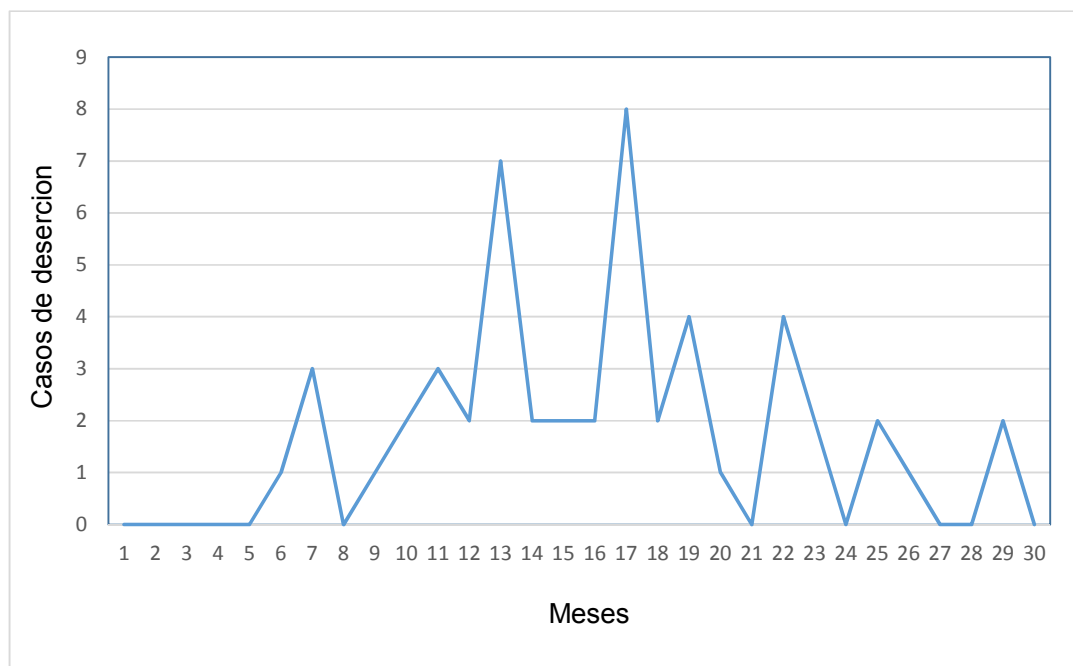
Al cumplir los 18 meses de estudio, 35 usuarias ya se habían retirado por lo que quedaban 17 participantes. Los patrones de sangrado que siguieron en frecuencia a la amenorrea (21.15%) fueron: el sangrado frecuente e infrecuente

(ambos con 3.84%), el sangrado prolongado (1.92%) y las usuarias con ciclos normales (1.92%).

Al cumplir los 24 meses de estudio, 46 usuarias ya se habían retirado por lo que quedaban 6 participantes. Tanto la amenorrea como el sangrado frecuente presentaron la misma frecuencia (5.76%).

Al cumplir los 30 meses de estudio, solo una usuaria se encontraba participando de este. Tenía un patrón de sangrado frecuente (1.92%) el cual ocasionó el retiro del implante 5 días después de haber cumplido los 30 meses.

Gráfico 1. Tiempo de uso del implante subdérmico de etonogestrel hasta la deserción en mujeres atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017.



Fuente: autogenerada.

Gráfico 1: En cuanto al tiempo de uso del implante, hasta el abandono; vemos que no se presentaron casos de retiro del método hasta el sexto mes de uso. Existen dos picos en el decimotercero y el decimoséptimo mes (13.46% y 15.38% respectivamente) y luego de ello los casos de retiro son de 4 (7.69%) usuarias a menos.

Tabla 12. Factores de deserción del implante subdérmico de etonogestrel por las usuarias atendidas en el servicio de Planificación Familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017

Factor de deserción	n	%
Acné	2	3.85
Aumento de peso	4	7.69
Cefalea	19	36.54
Deseo de embarazo	4	7.69
Cambio en el patrón de sangrado	22	42.3
Alteración emocional	0	0.00
Mastalgia	0	0.00
Dismenorrea	0	0.00
Total	51	98.07

Fuente: autogenerada.

Tabla 12: En cuanto al motivo de abandono del implante subdérmico de etonogestrel, el motivo que se presentó con mayor frecuencia fue: cambios en el patrón de sangrado (44.23%), seguida por el desarrollo de cefaleas (36.54%). Con menor frecuencia encontramos casos de aumento de peso y deseo de embarazo, ambos con los mismos porcentajes (7.69%) y por último están los casos de acné (3.85%).

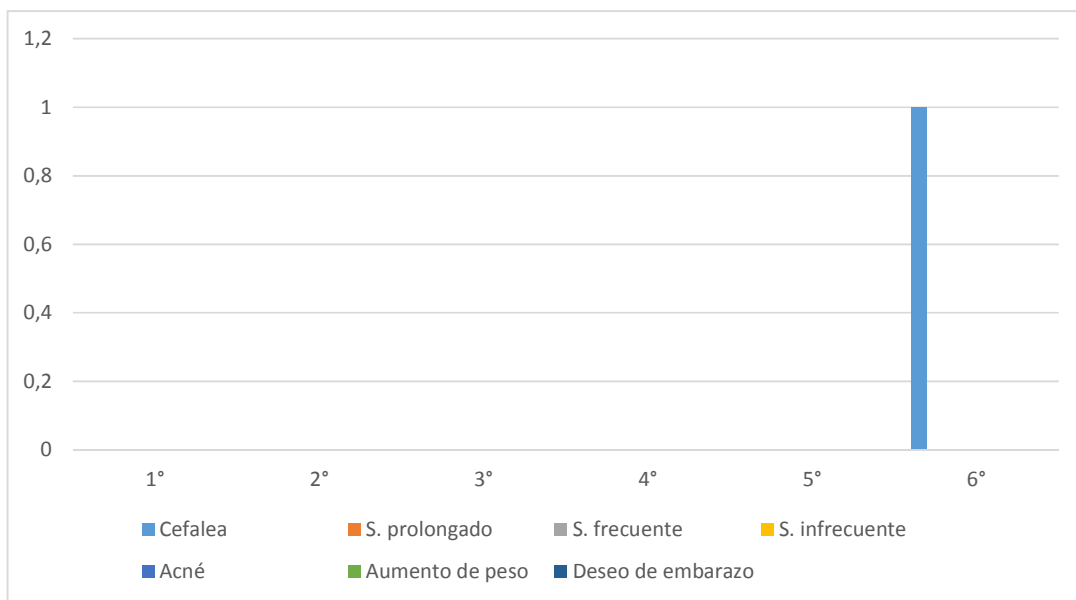
Tabla 13. Cambios en el patrón de sangrado que fueron motivo de deserción del implante subdérmico de etonogestrel

Patrón de sangrado	N	%
Amenorrea	0	--
Sangrado infrecuente	2	3.84
Sangrado frecuente	7	13.46
Sangrado prolongado	13	25.0
Total	22	42.3

Fuente: autogenerada.

Tabla 13: El cambio en el patrón de sangrado que ocasionó más casos de abandono del implante subdérmico de etonogestrel fue el sangrado prolongado (25%), seguido por el sangrado frecuente (15.38%) y el sangrado infrecuente (3.84%). La amenorrea no fue motivo de abandono del método.

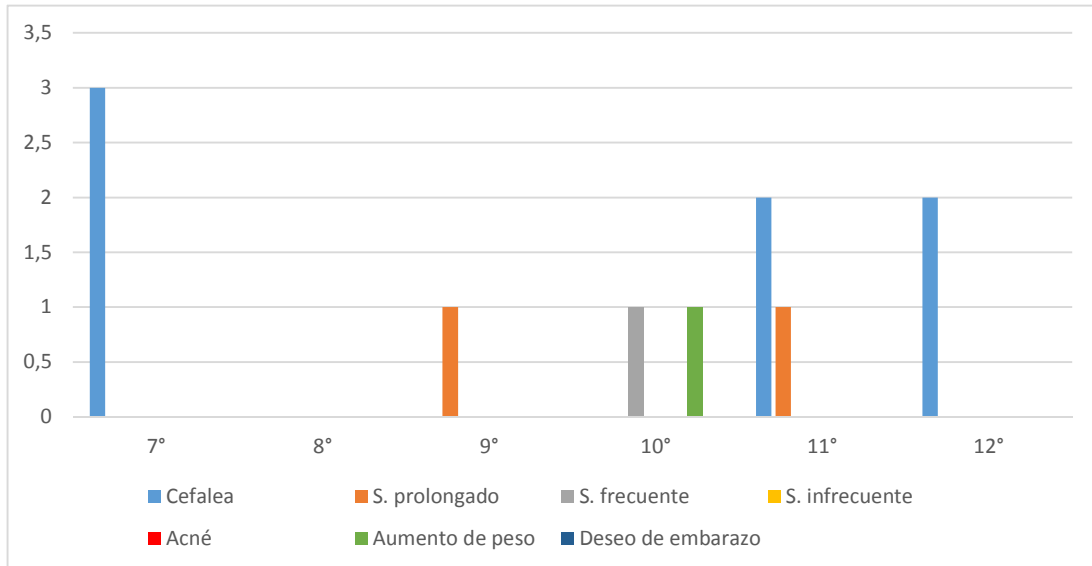
Gráfico 2. Momento de presentación de los factores que ocasionaron la deserción del implante subdérmico de etonogestrel en las usuarias atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017. Mes 1-6



Fuente: autogenerada.

Gráfico 2: En los primeros 6 meses el único factor que ocasionó deserción del implante subdérmico fue la cefalea.

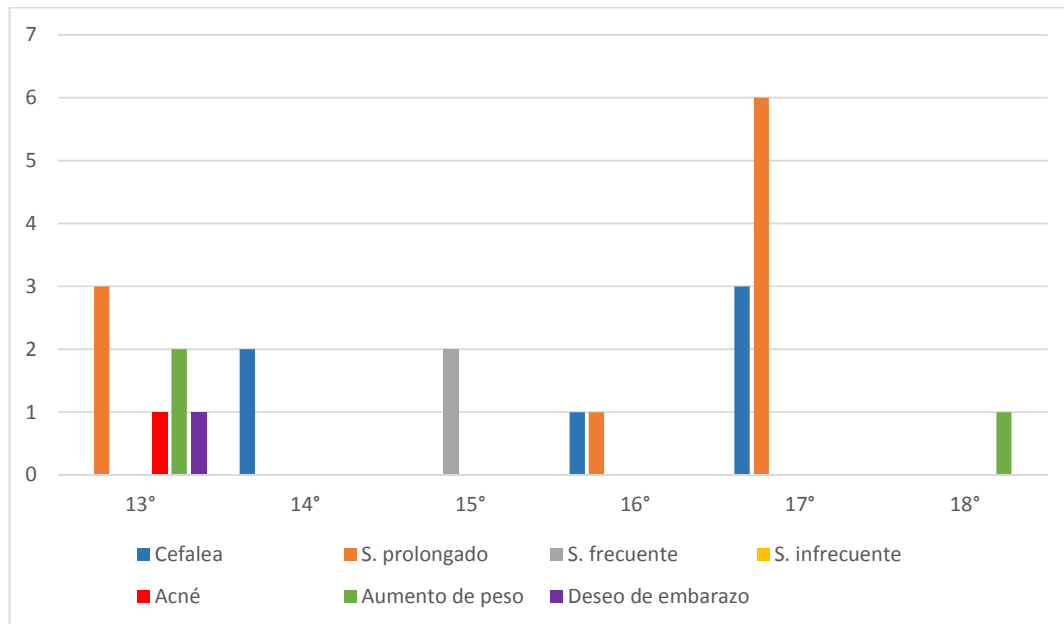
Gráfico 3. Momento de presentación de los factores que ocasionaron la deserción del implante subdérmico de etonogestrel en las usuarias atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017. Mes 7-12



Fuente: autogenerada.

Gráfico 3: Al cumplir el año, se observó que el factor de deserción del implante subdérmico que se presentó con mayor frecuencia fue la cefalea seguido por el sangrado prolongado, luego vienen los casos de aumento de peso y sangrado frecuente.

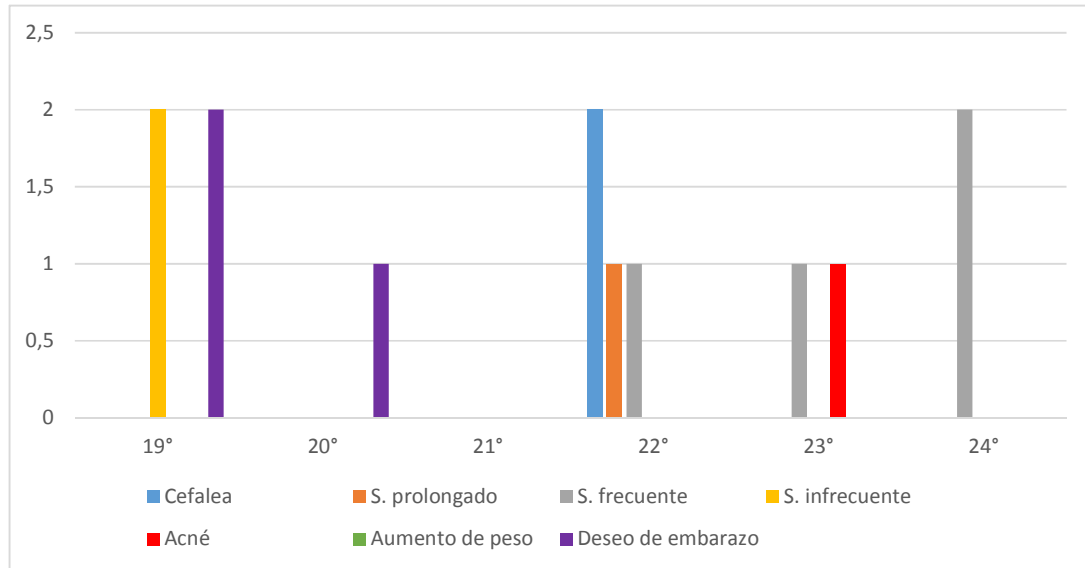
Gráfico 4. Momento de presentación de los factores que ocasionaron la deserción del implante subdérmico de etonogestrel en las usuarias atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017. Mes 13-18



Fuente: autogenerada.

Gráfico 4: Al cumplirse los 18 meses de estudio, se observó que el factor predominante fue el sangrado prolongado, seguido por las cefaleas, luego el aumento de peso. En menor cantidad están los casos de deserción por sangrado frecuente, sangrado infrecuente y acné.

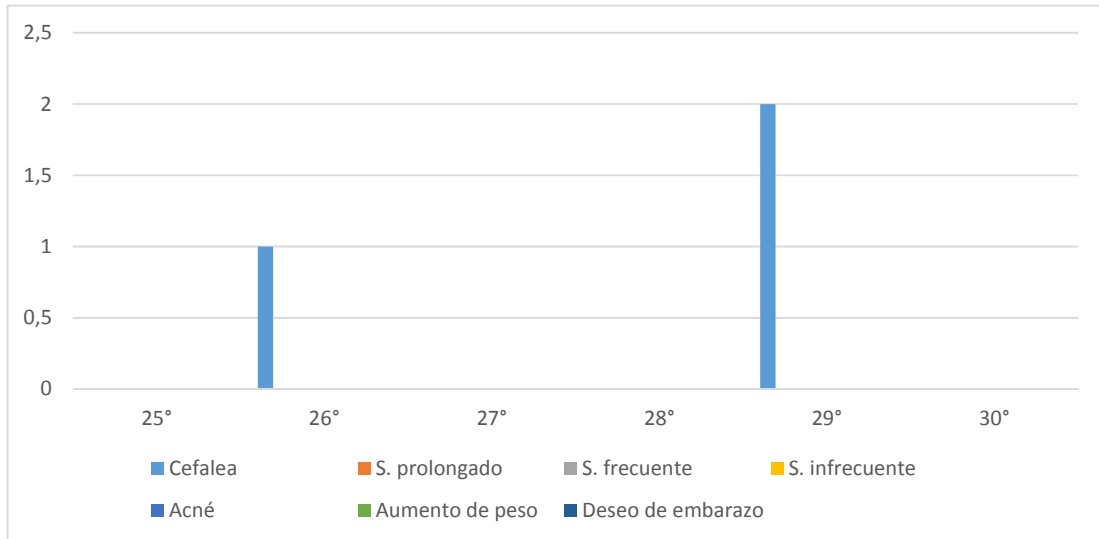
Gráfico 5. Momento de presentación de los factores que ocasionaron la deserción del implante subdérmico de etonogestrel en las usuarias atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017. Mes 19-24



Fuente: autogenerada.

Gráfico 5: Al cumplirse los 24 meses de estudio, se observa que el principal factor que ocasionó deserción fue la cefalea, el sangrado frecuente y el deseo de embarazo. En menor cantidad están los casos de sangrado prolongado, sangrado infrecuente y acné.

Gráfico 6. Momento de presentación de los factores que ocasionaron la deserción del implante subdérmico de etonogestrel en las usuarias atendidas en el servicio de planificación familiar del Hospital San Juan de Lurigancho, Febrero-Agosto 2017. Mes 25-30



Fuente: autogenerada.

Gráfico 6: Al cumplirse los 30 meses de uso del implante, vemos que el factor predominante de deserción es la cefalea, seguida por el sangrado frecuente.

6. DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, se identificaron cuáles son los factores que ocasionan la deserción en el uso del implante subdérmico de etonogestrel entre sus usuarias.

En los resultados de métodos anticonceptivos previos utilizados por las usuarias, se encontró que la mayoría había utilizado un método de mecanismo hormonal, específicamente el inyectable trimestral en un 82.69%, el inyectable mensual en un 3.85%; mientras que un 5.77% hizo uso de los preservativos masculinos y un 7.69% no había utilizado ningún método anticonceptivo.

Teniendo en consideración a este hallazgo y sabiendo que la mayoría de las mujeres ya habían sido usuarias de algún método hormonal (la inyección trimestral) se entiende que la mayoría ya había recibido consejería en planificación familiar y tenían conocimiento de los efectos secundarios que podrían presentarse. Sobre todo, las que primero fueron usuarias de los inyectables trimestrales ya que ese es un pre-requisito para el uso del implante subdérmico de etonogestrel en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Al iniciar el uso del implante subdérmico, el 40.38% de las usuarias presentaban sobrepeso y a lo largo de los controles (3; 6; 12; 18; 24 y 30 meses) se vio una mayor tendencia al aumento de peso que a la disminución o al mantenimiento de el mismo, sobre todo en los primeros 6 meses donde el aumento de peso se presentó en el 63.46% de usuarias. Solo en el control del final del 12mo mes se evidenció que los casos de disminución de peso (40.38%) fueron más que los de aumento de este (34.61%).

Siendo este el causante de la deserción del implante subdérmico en 7.69% de usuarias; los casos se presentaron en el 10mo, 13vo y 18vo mes.

Si bien estos casos son pocos, los hallazgos obtenidos coinciden con los estudios de Alvarez M, Rosales S, Hidrobo J, Meneses S. en los que concluyeron que a pesar de que los casos de deserción por aumento de peso son pocos (el 13.3% presentó el factor, mas no todos se retiraron el implante), las pacientes que lo presentan tienen gran riesgo de abandonar el método adicionándole otros factores.

Al inicio de la aplicación del implante, no había casos de acné; pero en el control del tercer mes el 1.92% de usuarias ya lo presentaba, para lo cual se brindó tratamiento.

En los controles posteriores, los casos de acné se incrementaron levemente llegando a un total de 3.84% casos de deserción por este factor. En el estudio realizado por Leal I, Molina T, Montero A, González C, Macintyre A. también se encontró que los casos de deserción por acné eran mínimos, ya que estos son manejables con tratamiento y consejería adecuada, excepto casos especiales en los que se opta por el retiro del implante.

La cefalea es una de las molestias más comunes que presentan las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales y es un factor causante de la deserción en los mismos.

En este estudio encontramos que, al inicio de la colocación del implante, solo el 3.84% de las usuarias presentaban cefaleas y los casos fueron en aumento, a tal punto que en el primer año ya se había presentado la deserción del implante de etonogestrel en un 15.38% de usuarias. Las deserciones del implante por este factor se presentaron en todos los controles realizados para este estudio y ocasionó el 36.54% de deserciones totales acercándose mucho al estudio de Gómez A, Rivera A, Funes E, Cárcamo F. en el que poco más de la tercera parte de su muestra (35.64%) abandonó el uso del implante por presentar cefaleas constantes.

Los cambios en el patrón de sangrado son los factores que más deserciones en el uso del implante de etonogestrel han ocasionado en este estudio con un 42.3% de casos. Esto registra un menor porcentaje que el hallado en los estudios de Calixto MD, Ospina DJ, Manrique AF, en el que las “alteraciones menstruales” también fueron los factores que más deserciones en el uso del implante originaron, pero con un porcentaje mayor (74.5%).

Para este estudio, los cambios de patrón de sangrado han sido divididos en 4 tipos de sangrado: amenorrea, sangrado infrecuente, sangrado frecuente y sangrado prolongado. Los impactos que tuvieron cada uno de estos factores, en la muestra, se verán a continuación:

El sangrado infrecuente se presentó en las usuarias desde los primeros meses de uso del implante subdérmico, sin embargo, los casos de deserción se presentaron en el mes 19, donde el 3.84% de usuarias desertó del método.

Al igual que en el caso anterior, el sangrado frecuente se presentó en las usuarias desde los primeros meses de uso del método, pero los casos de deserción se presentaron en el transcurso del mes 10 en adelante. Al final el 13.46% de usuarias desertó del uso del implante por este factor.

El sangrado prolongado se presentó en las usuarias pasando los primeros 3 meses de uso del método y los casos de deserción se presentaron en el transcurso del mes 9 en adelante, alcanzando el máximo número de deserciones en el mes 17 (6 casos de deserciones por este factor). Al final el 25% de usuarias desertó del uso del implante por este factor.

En cuanto a los casos de amenorrea, estos se presentaron con mayor frecuencia frente a los otros cambios de patrón en el sangrado, llegando a afectar como máximo al 84.16% de usuarias (final del sexto mes). En el estudio de Ramos M, realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) halló que la amenorrea fue el cambio en el patrón del sangrado que más se presentó llegando a afectar al 71.1% de su muestra. A pesar de ser la amenorrea, el cambio de patrón en el sangrado más frecuente, no se presentaron casos de deserción en el uso del implante por este factor.

Al finalizar este estudio; se encontró que el sangrado prolongado fue el tipo de sangrado menos tolerado por las usuarias y el que causó un mayor número de deserciones en comparación con los otros cambios en el patrón del sangrado. En los estudios de Calixto MD, Ospina DJ, Manrique AF no se mencionan que tipo de sangrado fue el que causó mayores deserciones.

El porcentaje de usuarias afectadas por la mastalgia, en nuestro estudio, alcanzó un pico máximo de 3.84% y esto se presentó al haberse cumplido 6 meses de uso del implante subdérmico. Estos resultados difieren de los encontrados en los estudios de Mejía M, en el cual, el 47.8% de usuarias se vio afectada durante su periodo de estudio que fue del 2011 al 2013.

Las alteraciones emocionales afectaron a pocas usuarias; el máximo porcentaje que alcanzó fue de 7.69% y fue al haberse cumplido los 12 meses de uso, sin

embargo, en el estudio de Vega L, el 29.6% de usuarias presentó este factor, lo que manifiesta una marcada diferencia.

En cuanto a la mastalgia y las alteraciones emocionales, son molestias que las usuarias han presentado y que se han dado con variaciones de intensidad a lo largo de todo el estudio, pero no se presentaron como factores de deserción.

La dismenorrea fue un factor que no causó malestar, por el contrario, las usuarias que empezaron el uso del implante teniendo a este factor como antecedente, se mantuvieron o disminuyeron en cantidad, mas no se presentaron casos nuevos ni casos de deserción.

Todos los factores expuestos previamente, se dieron como consecuencia al uso del implante subdérmico. El deseo de embarazo es el único factor personal que presentaron las usuarias.

El deseo de embarazo se presentó en el 7.69% de usuarias en el transcurso de los meses 13; 19 y 20 lo que ocasionó la deserción en el uso del implante subdérmico. Entre los estudios presentados en la bibliografía, uno de ellos tomó en cuenta este factor personal y fue el de Leal I, Molina T, Montero A, González C, Macintyre A.; ellos encontraron que este factor se presentó en el 3.2% de usuarias. Es una cantidad mínima, pero debe ser tomada en cuenta.

7. CONCLUSIONES

- En este estudio se pudo reconocer a los factores que ocasionaron deserciones en el uso del implante subdérmico de etonogestrel por parte de las usuarias, los cuales fueron: acné en un 3.84%, sobrepeso en un 7.69%, deseo de embarazo en un 7.69%, cefalea en un 36.53% y cambios en el patrón de sangrado en un 42.3%. Por lo tanto, el factor que ocasionó el mayor número de deserciones en el uso del implante subdérmico de etonogestrel fue “cambios en el patrón del sangrado”; este engloba a 4 tipos de sangrado entre los cuales el predominante fue el sangrado prolongado el cual afectó al 25% de usuarias. La cefalea fue el factor que más casos de deserciones ocasionó, después de los cambios en el patrón del sangrado, afectando al 36.53 % de usuarias.
- Se identificó que la cefalea fue el único factor de deserción en el uso del implante subdérmico de etonogestrel que se presentó desde el momento de la aplicación del método hasta haberse cumplido los 6 meses; viéndose afectadas el 1.92% de usuarias que participaron en esta investigación.
- Se reconoció que, desde el final de los 6 meses hasta haberse cumplido los 18 meses de uso del implante subdérmico de etonogestrel; el 1.92% de usuarias desertaron del método por presentar acné; en el mismo porcentaje se dieron las pacientes que manifestaron deseos de quedar embarazadas y que por ello solicitaron el retiro del método. El 7.69% de usuarias decidió desertar del método por presentar sobrepeso. Un 25% de las usuarias desertó del método tras presentar cefaleas que no pudieron ser toleradas y el 28.84% de usuarias desertó del método por presentar cambios en el patrón del sangrado.
- Se pudo distinguir que en el último periodo de este estudio que abarcó desde el final de los 18 meses hasta haberse cumplido los 30 meses de uso del implante subdérmico de etonogestrel; el 1.92% de usuarias desertaron del método por presentar acné. El 5.76% de usuarias desertó del método por manifestar deseos de embarazo. El 9.61% de usuarias solicitaron el retiro del método por presentar cefaleas y el 13.46% desertaron del método por presentar cambios en el patrón del sangrado.

- El factor principal de deserción en el uso del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias del consultorio de Planificación Familiar del Hospital San Juan de Lurigancho fue “Cambios en el patrón de sangrado”, el cual abarcó el 42.3% del total de casos que se presentaron en este estudio.

8. RECOMENDACIONES

- Tomar en cuenta los antecedentes de cada usuaria para poder recomendar otros métodos anticonceptivos y así se pueda llevar a cabo la planificación familiar. En caso de presentarse alguno de los factores por primera vez, se debe seguir las pautas que indica la Norma Técnica vigente.
- Indagar sobre los factores personales de deserción que presentó la usuaria anteriormente y el tiempo intergenésico que desea tener para evitar que el deseo de embarazo sea un factor de deserción del método anticonceptivo.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. Cap 3; 6; 13. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
2. OMS. Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles u otros implantes como métodos efectivos como prevención del embarazo. 2008 dic 01. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/topics/fertility-regulation/contraception/subdermal-implantable-contraceptives-versus-other-forms-reversible-contraceptives-or-other-implant>
3. MINSA. Implante etonogestrel 68 mg. Informe Técnico N° 14-2012. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/upload%5Cuploaded%5Cpdf/14-12_implante_etonogestrel_68mg.pdf
4. Dirección General de Salud de las Personas. Informe técnico 2015 DIGEMID-DAUM-SEMTS/MINSA. 2014. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad%5CUpLoaded%5CPDF/09_INFORME_ETONOGESTREL.pdf
5. Gómez A, Rivera A, Funes E, Cárcamo F. con su estudio “Motivos de retiro del implante subdérmico en el hospital Escuela de Honduras, 2014 a 2015”. Revista Ciencia e Investigación Médico Estudiantil Latinoamericana 2017; 22 (2) 60-64. Disponible en: <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/678/421>
6. Leal I, Molina T, Montero A, González C, Macintyre A. Patrón de sangrado uterino en adolescentes usuarias de implante anticonceptivo subdérmico de etonogestrel. Santiago de Chile. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2016; 81(6): 489 – 495. Disponible en: <http://www.revistasochog.cl/files/pdf/TRABAJOSORIGINALES0525.pdf>
7. Calixto M., Ospina D., Manrique A. Retiro temprano del implante subdérmico con etonogestrel en usuarias de un programa de anticoncepción de Tunja - Boyacá, Colombia. Revista Universidad y Salud. 2015 set 18. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n2/v17n2a08.pdf>
8. Alvarez M, Rosales S, Hidrobo J, Meneses S. Efectos secundarios del implante etonogestrel en mujeres en edad fértil atendidas en el subcentro de San Antonio – 2014. Revista Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 2016 jul; 2: 73-80. Disponible en: <https://enfermeriainvestiga.uta.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/70/44>
9. Mejía M. Complicaciones al uso de implante subdérmico con etonogestrel en usuarias adscritas al programa de Planificación Familiar en el C.S.R.D. San Pedro Tenayac en los años 2011-2013. (Tesis). Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Medicina; 2014. Disponible en:

- <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14880/Tesis.417826.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Vega L, con su estudio Efectos colaterales del implante subdérmico de etonogestrel de 68 mg. (implanon®/nexplanon®) de las usuarias atendidas en el hospital nacional Hipólito Unanue. 2016. (Tesis). Lima: Universidad San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2017. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3045/3/vega_alp.pdf
 11. Ramos M, Efectos del implante subdérmico de etonogestrel en usuarias del consultorio de Planificación Familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal febrero 2014 enero 2015. (Tesis). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4317/Ramos_qm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 12. Blazquez M. Los anticonceptivos en la antigüedad clásica. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. 2005; 447-462. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc5x2n0>
 13. OMS. Planificación Familiar. 2018 ene. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
 14. Fernández P., González P., Gómez F., Presa L., Hurtado S., Valverde P. Anticonceptivos Hormonales. Principios Generales 2010. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2010_gine_01_principios_generales_anticoncepcion.pdf
 15. Montenegro P., Lara R., Velásquez R. Implantes anticonceptivos. Revista Perinatología y Reproducción Humana. 2005; 19: 31-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v19n1/v19n1a5.pdf>
 16. Caucus sobre Tecnologías Nuevas e Infrautilizadas en la Salud Reproductiva. Implantes Anticonceptivos. Coalición para los insumos de salud reproductiva. 2014 mar. Disponible en: https://www.rhsupplies.org/fileadmin/uploads/rhsc/Working_Groups/New_Underused_RH_Technologies_Caucus/Documents/Technical_Briefs/rhsc-brief-contraceptive-implants_A4_SPANISH.pdf
 17. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Informe técnico DIGEMID-DAUM-SEMTS/MINSA. 2015. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/ESEMOTS/11_Evaluacion/8_informes_mental/INFORME_ETONOGESTREL.pdf
 18. MINSA. Resolución Ministerial N°1001-2016. 2016 dic 27. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2016/RM_1001-2016.pdf
 19. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Implanon NXT, 68 mg implante. 2016 abr. Disponible en: http://www.msd.es/static/section/images/ft_implanon_nxt_tcm2353-290509.pdf
 20. Merck Sharp and Dohme de España. Implanon NXT (etonogestrel). Riesgo de desplazamiento al sistema vascular y recomendaciones relativas a la inserción, localización y extracción del implante. 2016 nov.

- Disponible en:
[https://sinaem.agemed.es/CartasFarmacovigilanciaDoc/2016/DHPC_Imp
lanonNXT-AEMPS_28112016.PDF](https://sinaem.agemed.es/CartasFarmacovigilanciaDoc/2016/DHPC_Imp
lanonNXT-AEMPS_28112016.PDF)
21. Orizaba Ch., Alba J., Ocharán H. Farmacocinética de la progesterona. Revista Hospital Juarez de México. 2013; 80(1): 59-66. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju131j.pdf>
22. García D., Martínez M., Pintor M., Caelles F., Ibáñez F. Guía de utilización de medicamentos: Anticonceptivos hormonales. Granada: GIAF, 2007. Disponible en:
http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_ANTIORMO.pdf
23. Mazur V., García V., Salceek L. Implantes hormonales. Tecnología anticonceptiva apropiada en el primer nivel de atención. 2013. Disponible en:
<http://www.famg.org.ar/documentos/Trabajo%20sobre%20implantes%20subdermicos.pdf>

10. ANEXOS

ANEXO N°1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS ²³

FICHA DE EVALUACIÓN DEL USO DE IMPLANTE SUB DÉRMICO NEXPLANON

Iniciales de la usuaria: _____ Edad: _____ H.C.: _____

Fecha de inserción: _____

Antecedentes: G__P_____ MAC anteriores: _____ FUM:

_____ G. I.: _____ E.C.: _____

Índices antropométricos:

	Al inicio	A los 3 meses	A los 6 meses	A los 12 meses	A los 18 meses	A los 24 meses	A los 30 meses
Peso							
Talla							
IMC							

Efectos adversos:

	Al inicio		A los 3 meses			A los 6 meses			A los 12 meses			A los 18 meses			A los 24 meses			A los 30 meses		
	ausente	presente	no se modificó	aumentó	disminuyó	no se modificó	aumentó	disminuyó	no se modificó	aumentó	disminuyó	no se modificó	aumentó	disminuyó	no se modificó	aumentó	disminuyó	no se modificó	aumentó	disminuyó
Mastalgia																				
Acné																				
Aumento de peso																				
Cefaleas																				
Alteración emocional																				
Dismenoreea																				

Patrón de sangrado con Nexplanon:

Patrones de sangrado en períodos de 90 días (OMS):

- Amenorrea: ausencia de sangrado
- Sangrado infrecuente: menos de 2 episodios de sangrado-goteo
- Sangrado frecuente: más de 5 episodios de sangrado-goteo
- Sangrado prolongado: episodio de sangrado-goteo de más de 10 días de duración.

	A los 3 meses	A los 6 meses	A los 12 meses	A los 18 meses	A los 24 meses	A los 30 meses
Amenorrea						
Sangrado infrecuente						
Sangrado frecuente						
Sangrado Prologado						
Ciclos normales						

Factores personales:

- Deseo de gestación: NO SI
 - Separación de la pareja: NO SI

Fecha de extracción: _____

Tiempo de uso: _____ meses

Motivo de extracción:

- Mastalgia ()
- Acné ()
- Aumento de peso ()
- Cefaleas ()
- Alteración emocional ()
- Dismenorrea ()
- Amenorrea ()
- Sangrado infrecuente ()
- Sangrado frecuente ()
- Sangrado prolongado ()
- Deseo de embarazo ()

ANEXO N°02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	TIPO	INDICADOR	ESCALA	CÓDIGO	FUENTE
Factor de deserción	Suceso determinante que ocasionó el retiro del implante.	Efectos adversos	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Mastalgia - Acné - Aumento de peso - Cefaleas - Alteración emocional - Dismenorrea - Amenorrea - Sangrado infrecuente - Sangrado frecuente - Sangrado prolongado 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Ausente = 1 - Presente = 2 - No se modificó = 3 - Aumentó = 4 - Disminuyó = 5 	Registro de atenciones del consultorio de Planificación Familiar del HSJL
		Factores personales	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - Deseo de embarazo 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - No = 1 - Sí = 2 	Registro de atenciones del consultorio de Planificación Familiar del HSJL

			Motivo de extracción	Cualitativa	Motivo de extracción del implante subdérmico de etonogestrel	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Mastalgia = 1 - Acné = 2 - Aumento de peso = 3 - Cefaleas = 4 - Alteración emocional = 5 - Dismenorrea = 6 - Amenorrea = 7 - Sangrado infrecuente = 8 - Sangrado frecuente = 9 - Sangrado prolongado = 10 - Deseo de embarazo = 11 	Registro de atenciones del consultorio de Planificación Familiar del HSJL
--	--	--	----------------------	-------------	--	---------	--	---